Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 25 kwietnia 1885. №. 17. Rok XXIV.

I. Z zakładu farmakologicznego w Dorpacie.

Przyczynek do wydzielania się tlenku węgla z organizmu zwierzęcego.

Podał Dr. Stanisław Szczepan Zaleski,
asystent tego zakładu.

Chénot, Hoppe-Seyler i Pokrowski na podstawie własnych doświadczeń zaprzeczają możliwości wydzielania się tlenku węgla w postaci niezmienionéj z organizmu, bez względu czy gaz dostał się doń przez drogi oddechowe, czy też w inny sposób. Przeciwnie Nysten, Kl. Bernard, Eulenberg i Gréhant pragną dowieść, że pochłonięty przez organizm tlenek węgla pojawia się w produktach wydechu w swym pierwotnym stanie. Badania Kreisa (*Ueber das Schicksal des Kohlenoxydes bei der Entgiftung nach Kohlenoxydeinwirkung. Pflügers Arch.* 26, str. 425 i następ. 1881) prowadzą do wniosku, że tylko mała część tlenku węgla wydziela się z organizmu w postaci niezmienionéj „w skutek napięcia, jakie posiada krew, zawierająca CO“, że jednak większa część tego gazu utlenia się na kwas węglowy; ma to jednak wtedy tylko miejsce, gdy tlenek węgla przez płuca dostaje się do organizmu; gdy się jednak gaz do jam surowiczych wprowadza, brak nawet śladów tlenku węgla w powietrzu wydechaném. Kreis wątpi nawet, czy tlenek węgla, wprowadzony podskórnie, albo też do jam surowiczych, w ogóle do krwi się dostaje.

Doświadczenia Kreisa polegały na tém, że wstrzykiwał królikom, oddechającym przez klapy Müllera, tlenek węgla do jamy brzusznéj lub podskórnie i badał następnie gazy wydechane w ciągu 2—4ch godzin pod względem obecności tlenku węgla według następującéj metody: powietrze, podlegające badaniu, po przejściu przez dwa przyrządy z potasem żrącym i przez rurę barytową, dostawało się do „rury do dalenia, wypełnionéj wypalonym asbestem; rura ta, pozostająca przez cały ciąg doświadczenia rozpaloną do czerwoności, prowadziła do dwóch przejrzystych rur barytowych. Jeżeli badane powietrze zawierało tlenek węgla, w takim razie musiał się tenże kosztem domięszanego tlenu w rozpalonéj rurze utlenić na kwas węglowy i wywołać następnie zmętnienie wody barytowéj, umieszczonéj poza rurą z asbestem“. Cztery doświadczenia, wykonane w powyższy sposób, przekonały Kreisa, że tlenek węgla wprowadzony podskórnie, albo przez jamy organizmu, nie pojawia się wcale jako taki w powietrzu wydechaném.

Z pomiędzy wszystkich jam organizmu jama otrzewny odznacza się szczególniejszą szybkością pochłaniania sztucznie do niéj wprowadzonéj treści, jak o tém świadczą prace Albertoniego, Wegenera, Angerera, Obalińskiego. Dla tego też do niéj wyłącznie wprowadzałem tlenek węgla w rozmaitych ilościach (5—150sz.cm.) kotom, psom i szczurom. W żadném jednak z trzydziestu odnośnych doświadczeń przypadków śmierci obok wyraźnych objawów zatrucia tlenkiem węgla stwierdzić nie mogłem. W każdym razie charakterystyczne rozszerzenie źrenicy, a niekiedy i t. zw. cukrzyca tlenkowęglowa występowały zawsze po wprowadzaniu większych ilości gazu.

Tym sposobem przez przytoczone doświadczenia stwierdzoném zostało w głównych zarysach spostrzeżenie Nystena, Kl. Bernarda, Klebsa, Pokrowskiego i Kreisa, że obecność tlenku węgla w jamach organizmu nie pociąga za sobą śmierci zwierzęcia.

Pozostawało rozwiązanie pytania, czy rzeczywiście tlenek węgla z jam organizmu przez krew nie zostaje pochłoniętym. Doświadczenia moje w téj mierze polegały na wprowadzeniu kotom czystego tlenku węgla w rozmaitych ilościach (od 30—100sz.cm.) do jamy otrzewnowéj i upuszczaniu po kilku godzinach krwi dla zbadania jéj pod względem zawartości tlenku węgla. We wszystkich przypadkach (ogółem 5) przekonałem się najdowodniéj za pomocą reakcyi Hoppe-Seylera, Salkowskiego i mojéj własnéj (Zaleski: Nowy

odczynnik na połączenie tlenku węgla z hemoglobiną (CO-hb) Przegl. Lek., 1885, Nr. 2, także: *Zeit. f. Phys. Chemie* tom IX, zeszyt 2, 1885. *Ueber eine neue Reaction auf CO-haemoglobin)* nie wyłączając także i spektroskopu, że połączenie się hemoglobiny z tlenkiem węgla bezwarunkowo nastąpiło, że połączenie tlenku węgla z hemoglobiną cechujące smugi chłonne w odnośnych próbach krwi, badanych spektroskopijnie, były takie same, jak po zatruwaniu zwierząt przez płuca. Uważam tedy za fakt niewątpliwy, wbrew przypuszczeniu Kreisa, że tlenek węgla z jam organizmu bezwarunkowo dostaje się do krwi, chociaż absorbcyja jego ztąd nie jest tak szybką, jak przez płuca.

Chodziło mi jeszcze o przeświadczenie się, czy tlenek węgla wprowadzony do jamy brzucha, wydziela się w wydechaném powietrzu jako taki, czy też znika zupelnie z produktów wydechu, jak Kreis przypuszcza. Metoda odnośnych badań była następującą: Po dokonaniu tracheotomii na kocie łączyłem kankę, wprowadzoną do tchawicy i szczelnie podwiązaną, z klapami Müllera. Powietrze wdechane przechodziło przez przyrząd kulisty z wodnym roztworem chlorku palladowego celem upewnienia się, że w otaczającéj atmosferze zupełny brak tlenku węgla. Powietrze wydechane przechodziło przez trzy podobne aparaty kuliste, zawierające chlorek palladu ($PdCl_2$). Czułość chlorku palladu, jako odczynnika na wolny tlenek węgla, jest rzeczywiście uderzającą, jak to wykazał Böttger. Należało więc przypuszczać, że jeżeli w produktach wydechu zwierzęcia mieścić się będą choćby tylko nieznaczne ilości tlenku węgla, obecność tegoż musiałaby być bezwarunkowo wykazaną przez aparaty kuliste z chlorkiem palladu. Przeprowadzenie prądu gazu, w którym zaledwie mieściły się ślady tlenku węgla, przez powyższe trzy aparaty przekonało najdowodniéj o słuszności powyższego przypuszczenia.

Po dokonaniu opisanéj operacyi wprowadzałem do worka otrzewnowego kotów rozmaite ilości czystego tlenku węgla (50—120sz.cm.) bądź za pomocą ostréj i cienkiéj kaniuli, co przy pewnéj ostrożności zabezpiecza zupełnie od wprowadzenia gazu do kiszek, bądź za pomocą t. zw. kaniuli guzikowéj wsuniętéj w otwór, zrobiony skalpelem w ściance brzucha i szczelnie w tym otworze przytwierdzonéj. W powyższych warunkach koty od 4—15 godzin pozostawały przy życiu. Ponieważ wprowadzanie gazów do jamy brzucha, jak to Wegener wykazał, działa na organizm oziębiająco, ponieważ nadto tlenek węgla szczególniéj temperaturę ciała obniża, jak na to zwrócił uwagę Simons i inni, ogrzewałem w innéj seryi doświadczeń cały tułów zwierzęcia za pomocą osobnego aparatu, przez który stale przechodził strumień wody ogrzewanéj do temperatury 40°C. Przy zastosowaniu podobnego sztucznego ogrzewania byłem w stanie zachować zwierzęta przy życiu aż do 40 godzin od chwili rozpoczęcia doświadczenia.

W niespełna dwie godziny po wprowadzeniu tlenku węgla do jamy brzucha mogłem zauważyć na powierzchni chlorku palladu, zawartego w pierwszym aparacie z trzech znajdujących się przy rurze wydechowéj, pierwsze czarne, lśniące blaszki. W miarę, im dłużéj trwało doświadczenie, ilość blaszek zwiększała się, a wreszcie pojawił się i osad czarny, na dno opadający, jeżeli płyn w spokoju pozostawał. W drugim aparacie kulistym widoczne były zaledwie ślady redukcyi chlorku palladu i to już wtedy, gdy w pierwszym redukcyja stała się wyraźną. W trzecim nawet tych śladów nie było. Po śmierci zwierzęcia we krwi tegoż znajdowałem zawsze za pomocą wyż wymienionych odczynników tlenku węgla. Mocz, zbierany w czasie doświadczenia, lub też po śmierci, gdy go zwierzę samowolnie nie oddało, wykazywał zawsze silną zdolność odtleniającą [1]).

Dla skontrolowania, czy redukcyja chlorku palladu zależną była jedynie od obecności tlenku węgla w jamie otrzewnowéj, wykonałem w tych samych warunkach dwa doświadczenia, nie wprowadzając wcale tlenku węgla do worka otrzewnowego. Chlorek palladu pozostawał wtedy niezmieniony przez cały czas doświadczeń; mocz w obu przypadkach wykazywał silną zdolność odtleniającą (t. zw. *Fesselungsdiabetes).*

Że Pokrowski i Kreis w swoich doświadczeniach, wykonanych według innéj metody, obecności tlenku węgla w produktach wydechu stwierdzić nie mogli, wyjaśnić się daje: 1) zbyt krótkim przeciągiem czasu, przez który trwało doświadczenie (*maximum* cztery godziny), 2) absorbowaniem nieznacznych ilości tlenku węgla przez wodę gazometru, pomimo zachowania wszelkich środków ostrożności.

Że krew prędko rezorbuje się z jamy brzucha, wykazali już wyż wspomnieni badacze, a Obaliński oznaczył nawet dokładnie czas tego chłonienia i jego ilość na 1 kgr. zwierzęcia. Można się więc było spodziewać, że i krew, nasycona tlenkiem węgla, ulegnie temu samemu ogólnemu prawu chłonienia. W saméj rzeczy ostatnia seryja doświadczeń, w której wstrzykiwałem psom i kotom krew, nasyconą tlenkiem węgla, do worka otrzewnowego w ilości od 50—120 sz.cm. na raz, upewniła mnie, że krew taka rezorbuje się zupełnie tak samo, jak i naturalna. Widocznych objawów zatrucia tlenkiem węgla nie ma przy tém żadnych zgoła, nawet po wielokrotnie powtarzaném wstrzykiwaniu; w ogóle w ciągu kilku pierwszych dni znoszą zwierzęta podobne wstrzykiwania bez widocznéj szkody dla organizmu. Potém dopiero, jeżeli wstrzykiwania wciąż się powtarza, powstają biegunki krwawe, a w płucach tworzą się zawały, zwierzę chudnie, posępnieje i zdycha w końcu, jeżeli wstrzykiwań nie zaniecha się zupełnie.

Badanie produktów wydechu po zastrzykiwaniu krwi nasyconéj tlenkiem węgla do worka otrzewny kotów w ilości 40—80sz.cm., według metody powyżéj opisanéj, nie wykazało w żadném z trzech odnośnych doświadczeń obecności tlenku węgla w produktach wydechu. W jedném z nich chłonienie 40sz.cm. krwi w ciągu 25 godzin było całkowitém, nie znalazłem bowiem ani kropli krwi w jamie otrzewnowéj po śmierci zwierzęcia. Próba krwi z serca i żył tegoż zwierzęcia, w sposób jak powyżéj badana, nie wykazała wcale obecności połączenia hemoglobiny z tlenkiem węgla. W dwóch pozostałych przypadkach $^1/_3$ wzgl. $^1/_4$ krwi nie została w jamie otrzewnowéj zrezorbowaną. Krew ta w obu razach zawierała tlenek węgla. W jednym jednak tylko razie i ze krwią, pochodzącą z serca i naczyń, wykonałem reakcyje cechujące połączenie hemoglobiny z tlenkiem węgla; w innym odczyn tak był niewyraźny, że wnosić z niego o obecności CO-hb w naczyniach zwierzęcia nie czuję się w prawie.

Że w tylkoco przytoczonych doświadczeniach nie za-

[1]) Nie doprowadziwszy jeszcze do końca badań nad t. zw. cukromoczem, powstającym z zatrucia tlenkiem węgla, nie mogę twierdzić stanowczo, czy powyższą zdolność odtleniającą przypisać należy cukrowi gronowemu, czy też innemu ciału. Nie rozstrzygam również pytania, czy chodziło tu o t. zw. *Fesselungsdiabetes*, czy też o t. zw. *CO-diabetes*. *Przyp. aut.*

wsze obecność połączenia tlenku węgla z hemoglobiną we krwi krążącéj wykazać było można, przypisać to należy okoliczności, iż żaden ze znanych odczynników na CO-hb nie odznacza się zbyt wielką czułością. Dokładniejszém wyświetleniem téj kwestyi, jak również wykazaniem stosunków ilościowych śród wydzielania się tlenku węgla z organizmu zajmuję się obecnie.

Z przytoczonych doświadczeń wysnuć się dają następujące wnioski:

1) Tlenek węgla, zastrzyknięty do jamy brzucha, nie działa w tym stopniu trująco, ażeby bezpośrednio w skutek tego miała śmierć zwierzęcia nastąpić.

2) Z jamy otrzewnowéj zostaje, również jak i z płuc, choć wolniéj, przez krew pochłonięty.

3) Wprowadzony *in natura* do jamy otrzewnowéj pojawia się bezwarunkowo w produktach wydechu, jeżeli nie wszystek, to przynajmniéj część jego.

4) Krew, nasycona tlenkiem węgla i do jamy brzusznéj wstrzyknięta, ulega tym samym prawom rezorbcyi, co i krew zwykła.

5) Z krwi téj dostaje się tlenek węgla i do krwi naczyń zwierzęcia, połączenie jego jednak z hemoglobiną po zastosowaniu zwykłych odczynników z trudnością tylko i w niektórych zaledwie przypadkach wykazać się daje.

6) Po zastrzyknięciu krwi nasyconéj tlenkiem węgla do jamy brzucha nie daje się wykazać obecność tlenku węgla w produktach wydechu za pomocą wodnego roztworu chlorku palladu.

II. Przypadek poprzecznego złamania rzepki, leczony przez zeszycie odłamków drutem srebrnym. Uwagi o leczeniu tych złamań.

Podał **Dr. Józef Bogdanik** w Biały [1]).

Wieczorem dn. 20 Grudnia 1884 r. wezwał mnie kol. Kupka na naradę lekarską do 64 letniego Jerzego Tetschla, który rano dn. 19 Grudnia wpadł z brzegu, 1½ metra wysokiego, do płytkiéj rzeczułki na równe nogi, a następnie przewalił się na kolana, poczém odnogą dolną władać nie mógł i musiał być odniesiony do domu. Znalazłem stan następujący: Rzeczona odnoga ułożona na szynie. Po zdjęciu opatrunku okazało się, iż chory téj odnogi w położeniu leżącém podnieść nie może, co razem ze szyną było możebne. Począwszy od połowy podudzia aż blisko stawu biodrowego obrzmienie, szczególniéj wydatne w okolicy kolana, gdzie skóra była połyskująco sina. Przy obmacaniu okazało się, iż kości uda i podudzia nienaruszone, natomiast rzepka w ⅓ dolnéj części na poprzek przełamana. Część górna rzepki oddalona od dolnéj, a mianowicie na brzegu wewnętrznym o 2½ cm., a na brzegu zewnętrznym przeszło o 3 cm. Części tych w obec znacznego obrzmienia kolana zbliżyć nie można. Zaproponowałem tedy spojenie odłamków drutem srebrnym, czemu się chory poddał dn. 22 Grudnia 1884 r.

Przy pomocy koll. Dra Senfta i Kupki poprowadziłem cięcie podłużne na brzegu zewnętrznym rzepki 10 cm. długie, a poprzeczne cięcie mniéj więcéj od środka poprzedniego nieco krótsze. Natychmiast wydobyła się spora ilość półskrzepłéj krwi i palec doszedł między odłamkami rzepki do stawu kolanowego. Główny odłamek stanowiący ⅔ części rzepki był w całości, dolny odłamek zaś był roztrzaskany na kilka części i to tak, że środkowa część była największa w kształcie klina, obok któréj na prawo i lewo było kilka drobniejszych cząstek częściami miękkiemi spojonych z częścią środkową. Torebka stawowa w miejscu poprzecznego złamania rzepki rozerwana mniéj więcéj 5 cm. na wewnątrz a nieco więcéj na zewnątrz od rzepki. Po dokładném wymyciu stawu kolanowego 5% rozczynem karbolu wyświdrowałem kanał w połowie górnego odłamka, który miał początek na przedniéj powierzchni 2 cm. powyżéj płaszczyzny złamania i przebiegając z przodu ku tyłowi i na dół nie dochodził do chrząstki rzepki. Następnie zbliżywszy dokładnie odłamki górny i dolne zrobiłem na dolnym odłamku znaczek, w którém miejscu przypada ujście kanału zrobionego w górnym odłamku. Z tego miejsca prześwidrowałem w dolnym środkowym odłamku kanał ku przodowi i na dół idący. W górnym odłamku zrobiłem jeszcze dwa kanały w pewnéj odległości na prawo i lewo od pierwszego kanału i odpowiednie kanały w dolnych bocznych odłamkach jak poprzednio opisany.

Przez te 3 pary kanałów przeprowadziłem trzy druty srebrne i zbliżywszy odłamki jak najbardziéj, przekonawszy się nadto, iż żadne części obce między odłamkami nie znajdują się, okręciłem druty. Następnie dokładnie spoiłem katgutem rozstąpnione brzegi torebki stawowéj, w którymto celu poprzeczne cięcie w skórze nieco na wewnątrz rozszerzyć musiałem. Ranę skóry zaszyłem dokładnie katgutowemi szwami głębszemi i płytszemi naprzemian, pokrywszy poprzednio lekką warstwą proszku jodoformowego rzepkę i obciąłem końce drutów 1 cm. po nad powierzchnią skóry. W ciągu operacyi nie zachodziła potrzeba podwiązania naczyń, choć nie założyłem uciskadła Esmarchowskiego. Nadmieniam jeszcze, iż sączka nie użyłem, nie żałowałem jednak wody karbolowéj do mycia rąk, pola operacyjnego i t. d. Ranę przysypałem lekką warstwą proszku jodoformowego, na to przyłożyłem 30% gazę jodoformową, papier kauczukowy, gruby pokład waty karbolowéj i tak opatrzoną odnogę ułożyłem na szynie drewnianéj.

Stan ogólny chorego był po operacyi wyborny. Apetyt dobry, tętno spokojne nieprzyśpieszone, ciepłota niepodwyższona, a nawet napady duszności, na które chory dawniéj codziennie cierpiał, nie pojawiają się od operacyi. W tydzień po operacyi, tj. dnia 29 Grudnia 1884 r., zmieniono opatrunek po raz pierwszy z wszelką ostrożnością. Rana w skórze była niemal całkiem zagojoną z wyjątkiem miejsca koło drutów. Następny opatrunek zmieniono dopiero w 2 tygodnie poźniéj, tj. dn. 12 Stycznia 1885 r., a ponieważ rana w skórze już całkiem była zagojoną i obwód kolana prawego przez środek rzepki zaledwie o 1 cm. był większy, aniżeli obwód kolana lewego, przeto przysypano blizny proszkiem jodoformowym i otoczono watą. W czwartym tygodniu po operacyi, toż samo pod koniec szóstego tygodnia użalał się chory na dotkliwy ból w okolicy kolana prawego. Ciepłota skóry i tętno było normalne, obejrzenie kolana również bolów nie wytłumaczyło. Po upływie sześciu tygodni, tj. dnia 3 Lutego 1885 r., próbowano poruszalności rzepki i małych ruchów w stawie kolanowym. Rzepka była poruszalną w całości, lekkie zginanie i wyprostowanie kolana możebne. Wyjęto zatém szwy srebrne, a po należytém oczyszczeniu kolana wodą karbolową przysypano otwory w skórze, po drutach pozostałe, jodoformem, założono przyrząd gipsowy od połowy uda aż do dolnéj ⅓ części podudzia celem unieruchomienia kolana i po-

[1]) Odczytano dnia 4 Marca 1885 r. na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie.

zwolono choremu przechadzać się. Dnia 16 Lutego 1885 r. zdjęto przyrząd gipsowy i odtąd nasz chory chodzi nawet bez podpierania się kijem zginając odnogę lekko w kolanie. W skutek chodzenia występuje małe obrzmienie całéj odnogi dolnéj, ruchy w stawie kolanowym stają się jednak coraz swobodniejszemi, tak, że obecnie zgina kolano z łatwością do kąta 60°, potrafi chodzić po schodach i ujdzie z łatwością 2 kilometry. Między odłamkami nastąpiło spojenie silne, zdaje się kostne, blizna w skórze jest przesuwalną po nad rzepką z wyjątkiem małego kawałka w kącie zewnętrznym. Długość rzepki prawéj jest jednak nieco większą aniżeli rzepki lewéj.

Pierwszą operacyję tego rodzaju wykonał zdaje się Cooper w S. Francisco 1861 r., gdy po złamaniu rzepki między odłamkami była duża przestrzeń, a odnoga bezużyteczną. Wprawdzie już Marcus Aurelius Severinus, a późniéj Dieffenbach wspominają o wycięciu zrostów ścięgnistych, odświeżeniu płaszczyzn złamania i następowém zeszyciu odłamków w przypadkach starych źle wygojonych złamań rzepki, nie ma jednak wzmianki, czy kiedykolwiek tę operacyję wykonali. Świeże zaś złamanie rzepki spoił szwem po raz pierwszy Alridge 1869 r. Ogół jednak chirurgów zajął tą operacyją dopiero Lister rozprawką, odczytaną dnia 29 październik 1883 r. na posiedzeniu *Medical Society of London*, gdzie przedstawił 5 świeżych i 2 stare przypadki złamań rzepki, leczone przez zeszycie odłamków i zarazem podał sposób operowania. Dyskusyja w téj sprawie była wyczerpująca, a zdania chirurgów podzielone. Podczas gdy jednych ogarnął zapał, objawiający się oklaskami po odczytaniu rozprawki, inni obstawali za leczeniem przyrządami, ponieważ w ten sposób często także osiągano dobry wynik i uważali operacyję za nieusprawiedliwioną. W Niemczech nawet Volkmann zalicza się do przeciwników téj operacyi, przeważnie z tego powodu, iż wszyscy lekarze jeszcze sobie nie przyswoili postępowania przeciwgnilnego, zgadza się jednak na operowanie w przypadkach starych, gdy odnoga zupełnie jest nieużyteczną do chodzenia. Francuzi również uważają operacyję za nieusprawiedliwioną dla wyników niekorzystnych. Atoli w obliczeniu statystyczném podciągają pod jeden strychulec operacyje w świeżych złamaniach i operacyje następowe, co według mego zdania jest niewłaściwe, albowiem dwie te operacyje różnią się od siebie. Starałem się tedy w przystępnéj dla mnie literaturze zebrać przypadki i w zestawieniu podaję osobno przypadki świeżych złamań, a osobno stare.

I. Złamania świeże.

Operujący i rok operacyi	Wiek i płeć chorego	Uwagi
Alridge 1869	53 ż.	Szew. Zrost silny. Opatrunek nieantyseptyczny.
Lister [1]) 1877	40 m.	Cięcie poprzeczne, drut srebrny. Zrost silny. Staw ruchomy.
„ 1879	37 m.	Cięcie podłużne. Zrost silny. Staw ruchomy.
„ 1881	62 m.	Operacyja jak wyżéj, tylko końce druta przybite do rzepki i nieusunięte. Zrost kostny. Staw ruchomy.
„ 1881	37 ż.	Operacyja jak poprzednio. Zrost kostny. Staw ruchomy.
Lister 1883	67 m.	Operacyja jak poprzednio. Dolny odłamek roztrzaskany. Szew szedł przez *lig. patellae*. Staw ruchomy.
Uhde 1878	40 m.	Cięcie podłużne, drut srebrny przedarł się, potém żelazny. Zrost ścięgnisty. Staw mało ruchomy.
Langenbeck 1878	49 m.	Cięcie poprzeczne, drut srebrny, bez sączka. Ropienie, amputacyja, śmierć z pyemii.
Van der Meulen [1])1878	44 ż.	Cięcie podłużne, drut platynowy bez otwarcia stawu nie wyjęty. Ruchomość prawidłowa.
„ 1882	30 m.	Operacyja jak poprzednio 25 dni po złamaniu. Staw ruchomy.
„ 1883	40 m.	Operacyja jak poprzednio 9 dni po złamaniu. Staw ruchomy. Oddalenie odłamków 1 mm.
„ 1883	40 m.	Ten sam chory w 5 miesięcy późniéj w skutek upadnięcia złamał powtórnie rzepkę i powtórnie był operowany z dobrym skutkiem.
Schede 1879	45 m.	Cięcie poprzeczne, szew katgutowy. Ropienie i anchyloza.
Metzler 1879	26 m.	Cięcie poprzeczne, szew jedwabny. Zrost ścięgnisty, staw ruchomy do kąta 30°.
Pfeil-Schneider 1879	45 m.	Cięcie podłużne, 2 druty srebrne niewyjęte. Zrost silny, ruchy prawidłowe.
Rose 1879	32 ż.	Po 3ch tygodniach cięcie podłużne, 2 druty srebrne. Zrosty kostne, w pierwszym przypadku ruchomość mała, w drugim dobra. Obie operacyje w jednym dniu.
„ 1879	41 m.	
	?	Ropienie i mała ruchomość.
Cameron 1879	30 m.	Po 3ch tygodniach cięcie podłużne, drut srebrny. Ruchomość prawidłowa.
Koenig 1879	71 m.	Po 3ch tygodniach cięcie poprzeczne, katgut. Ropienie i anchyloza.
„ 1881	78 m.	Po 8miu dniach cięcie poprzeczne, szew jedwabny niewyjęty. Zrost kostny, ruchomość stawu mała, potrafi ujść zaledwie sto kroków.
1882	23 m.	Cięcie poprzeczne, katgut. Ropienie i anchyloza.
Langenbuch 1880	?	Cięcie poprzeczne, 2 druty srebrne zostawione. Zrost silny, ruchomość dobra.
Socin 1880	48 m.	Cięcie poprzeczne, katgut. Zrost silny. Staw ruchomy.
Whyet 1881	20 ż.	*Fractura complicata*, po 20tu dniach cięcie poprzeczne. Ropienie, amputacyja uda.
Fowler 1881	58 ż.	Cięcie poprzeczne po 15tu dniach. Śmierć w 31 godzin po operacyi w skutek zatrucia karbolem.

[1]) Sposób operowania podaję niżéj.

[1]) Sposób operowania podaję niżéj.

Operujący i rok operacyi	Wiek i płeć chorego	Uwagi
Macewen 1882	24 m.	Cięcie podłużne, drut srebrny. Zrost kostny, ruchomość dobra,
„ 1882	40 m.	*Fractura comminut., chromic. jut* do szycia, zgina do 45°.
Rosenbach 1882	52 m.	Cięcie poprzeczne, katgut. Zrost kostny. Staw ruchomy.
„ 1882	56 m.	
„ 1883	?	
Fincke 1882	27 m.	Cięcie poprzeczne, 2 druty żelazne zostały. Małe ropienie, ruchomość dobra.
Lauenstein 1882	45 m.	Cięcie poprzeczne, 2 druty srebrne zostały. Staw ruchomy.
Wahl 1882	39 m.	Cięcie poprzeczne, 2 druty srebrne. Zrost kostny, ruchy prawidłowe.
Timme 1882	29 m.	*Fractura complicata*, 2 druty srebrne. Zrost silny, zgina kolano do kąta 90°.
Trendelenburg 1883	30 m.	Po 3ch tygodniach cięcie poprzeczne, 2 druty srebrne zostały. Zrost silny, ruchy dobre.
Dicken 1883	42 m.	Po 3 ½ tygodniach cięcie poprzeczne, drut srebrny. Zrost kostny.
Watzl 1883	?	Cięcie poprzeczne, drut srebrny. Staw ruchomy.
Pozzi 1883	?	Dwa druty srebrne. Odłamki przy ruchach nieco się rozeszły.
Beauregard 1883	34 m.	Cięcie podłużne, drut srebrny został. Odłamki przesuwalne, zgina kolano do kąta 90°.
Fraser C. Fuller	45 m.	*Fractura comminutiva complicata.* Drut srebrny, zeszycie katgutem przedartéj torebki stawowéj. Zrost kostny. Ruchomość prawidłowa.
„	23 m.	Dwa druty srebrne. Wynik dobry.
„	24 m.	Przedarcie torebki stawowéj. 2 druty srebrne. Wynik dobry.
Lynch 1884	33 m.	Operacyja według Listera. Ruchy dobre.
Ogier Ward 1884	60 m.	Operacyja według Listera. Ruchy dobre.
Rivington 1884	58 m.	Najpierw próbował punkcyi kolana, potém haków Malgaignowskich a gdy nastąpiło ropienie szew. Zrost kostny. Staw mało ruchomy poprawia się. Chód dobry.
Bogdanik 1884	64 m.	*Fractura comminutiva.* Cięcie podłużne i poprzeczne, 3 druty srebrne bez sączka. Zrost kostny. Staw ruchomy.
Jessops[1])	?	*Fractura comminutiva.* Ropienie. Staw ruchomy.
	?	Bez sączka. Ruchy dobre.
Amphlett	?	Anchyloza, czy było ropienie nie wiadomo.
Wheelhouse	?	*Fractura comminutiva.* Bez sączka.

[1]) Następujące przypadki znane mi są tylko ze statystyki „*The Lancet*“ 17,XI, 1883.

Operujący i rok operacyi	Wiek i płeć chorego	Uwagi
		Ruchomość w tym i poprzednim przypadku dobra.
Johnson Smith	?	Ropienie i anchyloza.
Teale	?	Wynik dobry.
Golding Bird	?	Szew jedwabny, ruchy dobre.
Davies Colley	?	*Fractura comminutiva.* Ruchy małe.
Błokam	?	Zrost ścięgnisty. Ruchomość dobra. Małe ropienie. Ruchy dobre.
	?	Ruchy w obu przypadkach dobre.
	?	

(Dokończenie nastąpi).

III. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. **Jabłonowski** w Bagdadzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Praca nad zebraniem dat statystycznych była bardzo uciążliwą. Dla ich ułożenia wypadało nam stwierdzić każdy zgon, aby można wyróżnić, czy powodem jego była dżuma lub też ospa. Ze strony władzy miejscowéj cywilnéj nie mieliśmy żadnéj pomocy, co jeszcze bardziéj utrudniało nasze zadanie. Należało więc ciągle przebiegać z jednéj miejscowości w drugą i często ograniczyć się do szczegółów zebranych tylko przez posługaczy sanitarnych. Ludność zaś w przekonaniu, że podawaniem dat fałszywych zdoła skrócić czas trwania wyjątkowych ostrożności, unikała o ile mogła podawania prawdziwych faktów. I tylko niezmordowana energija lekarzy przyczyniła się bardzo do zwalczenia choć w części przynajmniéj i téj domorosłéj trudności. Śmiertelność zaś wywołana ospą nie mogła być ściśle sprawdzoną, ponieważ groźniejsza plaga pochłonęła wszystkie siły.

A n a t o m i j a   p a t o l o g i c z n a. Należy znać i postawić się w warunkach naszéj tu sytuacyi, ażeby pojąć, z jak licznemi przeszkodami połączone są nie już obowiązki, ale dobra chęć lekarza, chcącego uzupełnić poszukiwania na zwłokach. Lecz wojna i epidemije, są to dwie jedyne chwile, w których przeprowadzenie studyjów anatomiczno-patologicznych staje się nieco łatwiejszém. Dżuma w Iraku arabistańskim była właśnie taką okolicznością. Postanowiłem więc skorzystać z niéj o tyle, o ile posiadane środki i zawsze nieuniknione miejscowe przeszkody na to pozwalały. Nie zbyt obficie zaopatrzony w pomoc, któraby ułatwiała moje zadanie, pozbawiony tych środków, jakie posiadała komisyja europejska, wydelegowana do Wetlianki, a zatém bez kauczuków i respiratorów musiałem zwalczać trudności, gdzieindziéj wcale nieznane. Prowizyję moją bowiem składały tylko skrzynka z niezbędnemi narzędziami, aparat Dieulafoy, parę lup, drobnowid, odczynniki chemiczne i pudełeczko z istotami barwikowemi przygotowane przez aptekę p. Friedländera w Berlinie. Nie roszcząc sobie pretensyi do wykazania czegoś, coby już nie było znane w ogólnych zarysach, ani też bez usiłowania choćby tylko zbliżenia się do poszukiwań uskutecznionych przez tegoczesnych mikrografów, podobnie jak przy opisie pojawów chorobowych zarazy, tak też i tutaj, w skromniejsze ramy zamknąłem pole mego dzia-

łania, z zamiarem przekonania się o tych tylko pośmiertnych zmianach, których cechy mogłyby rzucić pewne światło lub tylko wpłynąć na wydanie sądu o istocie saméj zarazy.

Dość częste epidemije dżumy na wschodzie tureckim, mianowicie zaraza obserwowana w Egipcie przez Clot-beya i przez Gaetanę w Smirnie i Stambule w latach 1833—38, pozwalały spodziewać się, że w rocznikach nauki lub oddzielnych sprawozdaniach dadzą się znaleźć choćby tylko wzmianki o dokonanych poszukiwaniach anatomo-patologicznych. Zaledwie jednak ślady czegoś podobnego dają się tu i owdzie odszukać. Nie należy się atoli temu dziwić. Bo jakkolwiek warunki, w jakich się znajdowali nasi poprzednicy, mało różniły się od dzisiejszych, to jednak tak poprzednio jak i teraz, zajmowano się głównie kwestyją ograniczenia zarazy do pewnych ognisk, pomijając zupełnie badania pośmiertne. Daléj nie mając takiéj jak dziś pewności, że świeże zwłoki zadżumionych nie są pośrednikami przerzutu zarazy, do pewnego punktu postępowano sobie praktycznie, unikając zakażenia się, o tyle o ile na to pozwalały obowiązki służbowe. Jasném jest jednak, że z powodu tych ostrożności ucierpiał postęp nauki.

Wszystkie więc wiadomości o badaniach anatomo-patologicznych na zadżumionych na tureckim wschodzie dokonanych zawdzięczamy dobréj chęci kilku lekarzy (Dr. Parladi, Bechczet). Na nieszczęście jednak protokółów sekcyjnych i notat jest bardzo mało. Większa ich część została zatraconą a kilka protokółów z przedostatniéj dżumy w Iraku przechowuje się jako rzadkość w archiwach szpitala wojskowego w Bagdadzie. Miałem zręczność przejrzeć je, i one to ułatwiły i nie mało wzmocniły mój zamiar uzupełnienia najnowszemi poszukiwaniami luk, jakie tam pozostały.

Bardzo obfity materyjał kliniczny, jakim rozporządzaliśmy w czasie ostatniéj epidemii, ułatwił nam możność przyjścia w posiadanie czterech tylko trupów męskich w ciągu całego trwania epidemii. Byłyto jednak zwłoki osób świeżo dotkniętych zarazą, których obdukcyję wypadało przeprowadzić z niezwykłym pośpiechem, a co niewygodniejsze jeszcze, przy asystencyi, choć zdala tylko, połyskujących bagnetów! Wszystko więc, co mi przedstawiały zmiany pośmiertne u zadżumionych, podaję tu jeżeli nie ze zwykłą ścisłością, to przynajmniéj z zapewnieniem o prawdziwości.

Szybka śmierć zadżumionych była powodem, że zwłoki przedstawiały lekkie tylko stężenie bez żadnych widocznych zmian w podściółce tłuszczowéj. Barwa powłok skórnych w ogóle brudno-czarniawa, w pewnych okolicach, jak powieki, wargi, pachwiny i skóra jamy brzusznéj była sinawa. Podobny kolor przedstawiała także tkanka komórkowata podskórna w całéj długości stosu pacierzowego. Wągliki, plamy, owrzodzenia lub téż tylko grupy obrzmiałych gruczołów, przedstawiały stan wiądu, widocznie następującego z chwilą śmierci. Gruczoły, jeżeli nie przeszły w stan ropienia, zachowywały swój kształt. Otaczająca je tkanka bywa rozmaicie zabarwioną. W jednych przypadkach kolor jéj był ciemno-czerwony, w innych fijoletowy a nawet modry. Ostatni ten odcień występował przeważnie po brzegach, niekiedy przenikając w głąb gruczołu. Wtedyto tkanka organu przedstawiała się jakby gąbczastą i w jéj oczkach z łatwością dały się wyśledzić ciałka ropy, a niekiedy i nieznaczny naciek skrzepłéj krwi. Stan ten zauważałem przeważnie i prawie wyłącznie w gruczołach pachwinowych, a skóra pokrywająca je miewała kolor modrawy, zlewający się niejako z barwą powłok brzusznych. Siedliskiem tych obrzmień są stale obustronne okolice pachwin poniżéj więzadła Pouparta. Niekiedy jednak sięgały one jeszcze niżéj przykrywając swą masą trójkąt Scarpy i niejako wciskając się weń. Obrzmienia gruczołów powyżéj więzadła Pouparta zauważyłem w kilku tylko przykładach.

Wągliki *(Charbon anthrax)* przedstawiały się dwojako. Jedne z nich, które nie uległy owrzodzeniu, są wydatne, brunatne i pokryte skrzepem, ściśle przylegającym do ich powierzchni. Strup tylko z trudnością dawał się oddzielić. Znajdujące się pod niemi nieznaczne wgłębienie ma powierzchnię suchą, strzępiastą, sinawą. Tego rodzaju wąglik zajmował zwykle warstwy skórne, które uległy zmianie patologicznéj na nieznacznéj przestrzeni. Wąglik zaś, który przeszedł w stan owrzodzenia, znacznie większy od poprzedzającego, przedstawia się także zapadłym, jakby nieco przypłaszczonym. Powierzchnię jego pokrywa strup brunatny lub nawet czarny, ułożony warstwowo. Łuski jego są dość zgrubiałe, nieprzedzielone jednak żadną treścią. Kolor ich na zewnątrz ciemniejszy, przechodzi w łagodniejszy odcień w głębszych warstwach. Strup tylko w środku daje się łatwo oddzielić, po brzegach ściśle przylega do ich powierzchni. Po zdjęciu strupa spotykamy najprzód na pół cm. głęboką, lejkowatą wklęsłość, o ścianach koloru brudno-sinego, połyskujących w przedziałach, w ogóle jednak przedstawiających się w stanie zniszczenia. Wąglik taki przenika warstwy skóry, dosięga włókien mięsnych wzajemnie je niszcząc. Cała zajęta przestrzeń, szerokości nigdy niemniejszéj od 3cm., jest sinawą, jakby podminowaną. Tato zdaje się okoliczność była powodem, że podobny stan wąglika uważano za wynaczynienia krwi w tkankę komórkowatą podskórną, podczas gdy w rzeczywistości bywa to tylko spłaszczenie ropni o ścianach, które przeszły w stan poowrzodnego zniszczenia. W jednym przypadku znalazłem w głębi jamy wąglika nieznaczną ilość ropy mętnéj, gęstawéj, nieco stężałéj, z trudnością dającéj się wydobyć, bardzo szybko przechodzącéj w stan rozkładu. Badana pod drobnowidem ropa ta nie przedstawiała żadnych cech wyróżniających.

Dymienice przedstawiały ten ciekawy szczegół, że pośmiertna ich postać była zupełnie odmienną w porównaniu do wąglików. Wprawdzie i sprawa patologiczna była tu usadowioną w innych organach. I ona to właśnie przemawia przeciw utrzymującemu się dotąd mniemaniu, że dymienice, ten charakterystyczny objaw u zadżumionych, z chwilą śmierci przechodziły natychmiast w stan wiądu i zapadu. U naszych trupów uważaliśmy następujący stan dymienic: Gruczoły tak na szyi jak też pod pachami i w pachwinach przedstawiały się jakby wzdętemi. Wydatność ta sięgała zwykle ponad powierzchnię skóry, a w jednym przypadku, w którym dymienica przeszła w stan ropienia, wypukłość gruczołu doszła do $2^1/_2$cm. będąc obrączkowato ściśniętą przez warstwy otaczającéj skóry, zachowującéj swój naturalny kolor, podczas gdy sama dymienica była ciemno-brunatną. Siedliskiem sprawy patologicznéj bywała zwykle cała grupa gruczołów, na dotyk twardych, niepodatnych i jakby skupionych w sobie. Nie przeszły one w ropienie, przedstawiały się znacznie powiększonemi o tkance twardéj, koloru ciemno-czerwonego, sączące nieznaczną ilość płynu mętnego i pomieszanego ze krwią. Otaczające je warstwy tkanki podskórnéj były również stężałe. Łatwo jednak oddzielając je od gruczołu po głębokiém podłużném cięciu, bez trudności pojedyńczo lub całą ich grupę można było wydobyć na zewnątrz. W tych zaś przypadkach, gdzie dotknięte stanem

zapalnym gruczoły przeszły w stan ropienia, cała ich masa przeobrażała się w rodzaj pochwy lub pęcherza, o ścianach bardzo wiotkich, otaczających treść napół płynną, koloru brudno-żółtego, najczęściéj pomięszaną ze krwią, zwykle unoszącą się nad powierzchnią cieczy ropnéj. Niekiedy znowu siła tężenia w gruczołach była, zdaje się, przyczyną zbliżenia się ku sobie ognisk zapalnych. Powstałe z tego powodu prężenie rozdzierając ściany, wytwarzało torbiel, ułatwiając tém samém częściowy naciek ropnego płynu w otaczającą tkankę podskórną. Dymienicom, które przeszły w stan ropienia, brakowało zwykle czasu do zabliźnienia się. Z tegoto powodu na zwłokach zadżumionych znajdowałem zwykłą okolicę ich siedliska, obszernie i głęboko owrzodzoną, o brzegach sinych, twardych, zapadłych, wydatnie ograniczających same ropne ognisko, w żadnym jednak przypadku nieprzedstawiających skłonności zbliżenia się ku sobie. Z takichto ognisk wydobytą ropę starałem się jak najściśléj zbadać. Lecz przy środkach, jakie posiadałem, a które okazały się niedostateczne, mogłem tylko potwierdzić znany jéj skład, niezwykłą łatwość przechodzenia w stan rozkładu gnilnego i obecność znacznéj ilości prątków, które badane pod drodnowidem okazały się być tylko bardzo ruchliwemi. Kropla takiéj ropy przechowana w pewnéj ilości odwaru mięsnego, między dwoma szkiełkami najprzód nieco ogrzanemi, to tylko dla mnie przedstawiła szczególnego, że po 8miu godzinach traciła swój kolor, a znajdujące się w niéj małe organizmy okazywały nadzwyczajną żywotność i skłonność do rozmnażania się. Stopień ciepłoty, w jakiéj żyjątka te mogły wytrwać, dochodził do 39°R. Przeciwnie zaś w ciepłocie 17 do 23°R. prątki zdają się mieć największą siłę życia, zmniejszającą się jednak w miarę podnoszenia się stopnia ciepłoty. Ropę zawierającą prątki znalazłem tylko w dymienicach, podczas gdy w owrzodzonych gruczołach szyjnych i pachwinowych, zresztą nadzwyczaj rzadko przechodzących w stan ropienia, nic podobnego nie spotkałem.

Po otwarciu czaszki opona mózgowa twarda przedstawia się napiętą. Naczynia tak jéj jak i opony miękkiéj są prawie pozbawione swéj treści. Zatoki mózgowe wypełnia znaczna ilość krwi płynnéj, którą znajdziemy także we wszystkich większych naczyniach. W jamie błony pajęczéj nieznaczna ilość płynu mętnego barwy blado-cytrynowéj. Gruczoły Pachiona nie okazują żadnéj zmiany. Półkule mózgowe zachowują swój kształt i barwę, jedynie tylko ich zawoje zdają się być jakby przypłaszczonemi. Poprzeczny przekrój całéj masy mózgowéj nieco lśniący, w ogóle wiotki i mało podatny, białawy i przy ucisku wydzielający małą ilość płynu koloru żółtawego lub też i to częściéj stosunkowo znaczną ilość kropelek krwi. Na przekroju poziomym w okolicy *Chiasma nerv. opticorum* aż do górnych warstw rdzenia przedłużonego naciek żółtawy, nieprzeźroczysty. Nerwy, mianowicie oczny i twarzowy, jakby skręcone. Opona twarda rdzenia przedłużonego znacznie nastrzykana. Opona miękka w pewnych punktach stwardniała, najczęściéj nastrzykana. Istota nerwowa rdzenia przedłużonego przedstawia się wilgotną, koloru szarawego, bardzo utrudniającego ściśłe oznaczenie granic między dwiema istotami. Są one dotknięte jakby stanem rozmiękczenia, któremuto należy przypisać zmniejszoną ich podatność. Po lekkiém nacięciu masa nerwowa wydziela nieznaczną ilość surowicy, koloru brunatnego.

W narządzie oddechania znajdujemy pewne zmiany zasługujące na wzmiankę. Błona śluzowa jamy ustnéj, gardziela, krtani i tchawicy przedstawia się silnie zaczerwienioną, nastrzykaną, wyschłą i w całym przebiegu pokrytą wydatnemi wynaczynionkami. Nagłośnia obrzmiała, nastrzykana i pokryta grubą warstwą nabłonka, koloru szaro-żółtego, skrzepłego i dotkniętego w części stanem rozpadu. Cała powierzchnia téj części narządu wydaje się jakby stężałą i pokurczoną. Oskrzela większe ze swemi rozgałęzieniami najczęściéj przedstawiają objawy właściwe stanowi zapalnemu; wypełnia je śluz zbity, lepki, ciągnący się, od ścian oddzielający się z trudnością, niekiedy pomięszany ze krwią, częściéj jednak posiadający charakter masy złożonéj z komórek i tkanek koloru żółtawego, wydzielającéj przenikający i dość nieprzyjemny zapach. Płuca przedstawiają nieznaczny stopień rozedmy. Nacięty ich miąższ daje powierzchnię bezkrwistą, gładką, jest dość wilgotny, niezbyt podatny, koloru mięsnego. Naczynia krwionośne zwężone. Pęcherzyki płucne w dwóch górnych płatach i w części środkowego w prawém płucu wypełniają kłębki śluzu stężałego, ropnego, bardzo lepkiego, po którego przecięciu spotykamy w środku pewną ilość istoty brunatnéj lub czarniawéj z łatwością dającéj się oddzielić od otaczających ją warstw. W naszych przypadkach najczęściéj znajdowaliśmy śluz wypełniający pęcherzyki płucne, przeobrażony w ciemno-zieloną masę, lepką i cuchnącą, będącą objawem cechującym zgorzel płucną, ropnie w ich miąższu, a także i gnilne zapalenie opłucny, któreto stany obok głównéj przyczyny stale prawie towarzyszyły wszystkim niepomyślnie kończącym się przypadkom.

Obie komórki sercowe są nieco rozszerzone; ściany ich łatwo podatne, nieco kruchsze. Ilość krwi w tętnicach jest zawsze zmniejszoną, podczas gdy żyły są rozszerzone i pełne. Jakość krwi bywa dwojaką: płynną i powoli krzepnącą, lub też bardziéj stężałą, koloru czarniawego, łatwo przechodzącą w stan rozkładu gnilnego. W cztery godziny po zgonie poddana badaniu drobnowidem krew przedstawiała tylko zmniejszoną ilość ciałek czerwonych, pozostawiona czas jakiś na powietrzu i znowu poddana badaniu, wcale nie zawierała prątków, przedstawiając tylko warstwy włóknika w stanie rozkładu. Krew wydobyta z żył wrotnéj i głównéj brzusznéj, prócz ciemniejszego jak zwykle zabarwienia, nie była zmienioną. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Volkmann: O gruźlicy ze stanowiska chirurgicznego.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

III. Gruźlica narządu moczopłciowego. Gruźlica jądra przydarza się najczęściéj w wieku młodocianym lub dojrzałym, a czasem także u starców, u których odróżnić nadto należy zwykłe, ropne, przewlekłe zapalenie jąder i przyjądrza. Po wycięciu schorzałego jądra nie pojawia się gruźlica w płucach lub innych narządach, jeżeli tylko gruźlica nie posunęła się na gruczoł krokowy lub pęcherz. Natomiast gruźlica pęcherza, moczowodów i nerek należy do najcięższych schorzeń gruźliczych, którym operacyja nie może położyć tamy. — Wykazanie laseczników gruźliczych w moczu umożliwia wczesne rozpoznanie choroby. O gruźlicy pochwy i macicy brak autorowi dostatecznych spostrzeżeń. Gruźlicze schorzenie sutka jest nadzwyczaj rzadkie. Ważną jest okoliczność, że zwykłe, przewlekłe, ze stwardnieniem połączone zapalenie sutka prowadzi czasem do powiększenia gruczołów pachowych, które później ulegają gruźliczemu schorzeniu, jakkolwiek sutek nie jest wcale gruźlicą zajęty.

IV. Gruźlica kości stawów i ścięgien. Gruźli-

cze schorzenia stawów są następstwem pierwotnego zajęcia gruźlicą kości lub torebki maziowéj. Pierwsza forma przydarza się przeważnie u dzieci. Pierwotne ognisko umiejscowia się z upodobaniem w wyrostku kości łokciowéj lub w kości miednicowéj w sąsiedztwie panewki. Druga forma występuje częściéj u dorosłych i rozwija się najchętniéj w stawie kolanowym. — Gruźlica kości bez następowego schorzenia stawów występuje w postaci: 1) rozdęcia kości (*spina ventosa)*, 2) próchnienia szczęki górnéj, 3) zimnych ropni na czaszce, 4) próchnienia żeber i 5) choroby Potta. Tę ostatnią chorobę uważa jednak Volkmann za pierwotne schorzenie stawów międzykręgowych. Uwydatnić należy, że gruźlica nie nagabuje u dorosłych prawie nigdy trzonu kości i że dla tego schorzenie tegoż odnieść trzeba do innych przyczyn (kiły, przewlekłego zapalenia szpiku kostnego itp.). Gruźlica ścięgien występuje już to w formie rozlanych, grzybiastych wybujałości, już téż w postaci odosobnionego guza.

V. Gruźlica gruczołów limfatycznych. We wszystkich wspomnianych schorzeniach gruźliczych mogą gruczoły linfatyczne uledz następowo gruźlicy. Najłatwiéj bywają zajęte gruczoły na szyi, następnie gruczoły łokciowe, rzadziéj podpachowe, a najrzadziéj podkolanowe i pachwinowe.

Leczenie we wszystkich przytoczonych przypadkach gruźlicy polegać winno na dosadném oddaleniu schorzałych tkanek już to przez wyłyżeczkowanie lub wyłuszczenie, już téż to przez resekcyję lub amputacyję.

Do tych wyników dołącza Volkmann ogólne uwagi dotyczące sposobów szerzenia się gruźlicy w śród ustroju i warunków, od których nawrot choroby zawisł. Gruźlica szerzyć się może w następujący sposób: 1) przez wzrastanie pierwotnego ogniska, 2) przez wtargnięcie laseczników do naczyń limfatycznych lub do 3) jamy surowiczéj, 4) drogą przewodów, wyścielonych błoną śluzową, przez które przechodzą produkty, zakażone jadem gruźliczym i wreszcie 5) przez uniknięcie laseczników do naczynia krwionośnego, a mianowicie do większéj żyły. Gruczoły limfatyczne stawiają szerzeniu się gruźlicy wielką tamę, nie tylko bowiem wstrzymują w swéj sieci, jak gdyby na sączku, przypłynione z limfą prątki, lecz także niszczą czasem takowe. Naturalnie, że pod zbytnią natarczywością laseczników runąć może ta tama, a prątki, zakaziwszy gruczoł, wędrują drogą naczyń limfatycznych do następnego gruczołu chłoniczego. Jeżeli atoli naczynie limfatyczne wpada do przewodu piersiowego lub wprost do żyły, wtedy ostra ogólna gruźlica jest nieuniknioną. — Z jamy surowiczéj szerzy się sprawa gruźlicza albo za pośrednictwem cieczy surowiczéj, albo téż skutkiem przesuwania się ścian, okrytych błoną surowiczą, przy czynności narządu (płuc, jelit itp.). Niebezpieczeństwo ogólnego zakażenia zawisło tu od jakości naczyń limfatycznych i od wytworzenia się ziarnin na błonie surowiczéj. Łatwo pojąć, że w obec tych sposobów szerzenia się choroby, gruźlica kości, skóry, tkanki podskórnéj, stawów, gruczołów chłonniczych grozi daleko mniejszém niebezpieczeństwem, niż gruźlica narządu oddechowego lub przewodu pokarmowego, gdzie wydzieliny zakażone stykają się przez długi czas z błoną śluzową, nim swą zwykłą drogą zostaną wydzielone jako plwociny lub kał.

Usposobienie do przyjęcia jadu gruźliczego ogranicza się u ludzi do pewnych osobników. U osób, posiadających w ogólności to usposobienie, odróżnić znów musimy szczególniejszą wrażliwość wśród pewnych czasów i w zakresie pewnych narządów. I w tych przypadkach gruźlicy, z któremi chirurg ma do czynienia, odgrywa niewątpliwie dziedziczność najgłówniejszą rolę. Oddalenie pierwotnego ogniska gruźliczego wstrzymuje wprawdzie zakażenie ustroju z tegoż miejsca, nie przeszkadza atoli pojawieniu się choroby w innych miejscach i nie usuwa niebezpieczeństwa późniejszéj gruźlicy płuc. Natomiast nawrót choroby w miejscu operowaném ma swą przyczynę nie w gruźliczéj skazie ustroju, lecz w niedokładném oddaleniu schorzałych części przy operacyi. Autor uwydatnia, że u osób gruźliczych z wyraźną nawet gruźlicą płuc nie zauważył nigdy gruźliczego schorzenia w wielkich ranach np. po amputacyi, przy powikłaném złamaniu kości i t. d., gdy tymczasem słabe urazy (lekkie upadnięcie, stłuczenie się nieznaczne i t. p.) stanowią najczęstszą przyczynę gruźliczego schorzenia kości i stawów u osób, obciążonych dziedzicznością. Fakt ten tłumaczy przypuszczeniem, że w obec silnego urazu odczyn ustroju jest dostatecznie silnym, aby nie pozwolił rozgościć się prątkom gruźliczym w zranionéj tkance, gdy tymczasem nieznane zmiany w odżywianiu tkanki, wynikłe skutkiem zadziałania słabego urazu, mają sprzyjać rozwojowi lasecznika.

W końcu rzuca autor pytanie, o ile może lasecznik gruźliczy sprowadzić sam ropienie i dotyka z lekka sporu, toczącego się o identyczność zołzów i gruźlicy.

W dyskusyi nadmienia Volkmann, że tylko téj formie tocznia przypisuje przyrodę gruźliczą, która rozwija się z małych, brunatno zabarwionych guzków, jak *lupus exfoliativus* i *hypertrophicus*. Langenbeck oświadcza, że dotychczas uważał gruźlicę skóry i toczeń za identyczne ze względu na obecność jednych i tych samych laseczników. König zgadza się z Volkmannem ze wszystkiemi jego wywodami, dodaje tylko, że błona otarbiająca ropień przydarza się nietylko w gruźlicy, ale także w ostrém zapaleniu szpiku kostnego. Doutrelepont wspomina, że według Neissera należy rozróżnić trzy formy gruźlicy skórnéj: toczeń, scrophuloderma i wrzód gruźliczy. Lassar wątpi w gruźliczą przyrodę tocznia, wspominając, że laseczniki tocznia zachowują się nieco odmienniéj, niż prątki gruźlicze, a mianowicie występują pierwsze w znacznie mniejszéj ilości, a powtóre, że guzki toczniowe oplecione są zazwyczaj splotem żył. König odpiera zdanie Lassara, mówiąc że toczeń prowadzi nieraz po 10 lub więcéj latach do ogólnéj gruźlicy. Esmarch podziela również zdanie, że toczeń jest gruźlicą skóry, widział bowiem że z wrzodziejącego gruźliczego gruczołu limfatycznego na szyi rozwinął się w sąsiedztwie toczeń. Z okoliczności, że z wyprysku na twarzy powstał późniéj toczeń, wnosi o wniknięciu laseczników przez skórę pozbawioną przyskórka skutkiem wyprysku. (Dok. nast.).

Jaccoud: **Rak żołądka i równocześnie rak trzustki.**

Prof. Jaccoud miał niedawno wykład kliniczny o raku żołądka z równoczesnym naciekiem rakowatym trzustki i o sposobach rozpoznawczych tego stanu chorobowego. D. 20 grudnia r. z. przybył do Hôpital Pitié mężczyzna 40-letni wychudły, o cerze blado-ziemistéj. Prelegent przedstawił równocześnie z tym chorym 2 kobiety chlorotyczne dla wykazania różnicy w zabarwieniu skóry tychże z niniejszym chorym. Skóra tych dwu kobiet przedstawia obraz anemii, jest barwy brudnobiałéj, straciła swoją sprężystość. Nie jestto barwa, jaką znajdujemy w żółtaczce, ani też, jaką napotykamy w czystéj anemii. Kobiety te nie zdradzają charłactwa rakowatego, w którém barwa skóry jest więcéj żółtawoblada. J. natychmiast rozpoznał charłactwo rakowe, ale wypadało

się nad tém zastanowić, czy ono już wskazywało siedzibę nowotworu. Do rozpoznania wypadało dojść dwojaką drogą: wywiadów i badania. Chory cierpiał od pół roku, czuł się osłabionym, chudł, tracił stopniowo apetyt. Wystąpiła żółtaczka, utrzymująca się przez 2 miesiące. Sąto pierwsze objawy wskazujące siedzibę choroby, a mianowicie w narządzie trawienia. Badając brzuch napotyka się asymetryję okolicy nadpępkowéj; wzniesienie po stronie prawéj odbijające od nieznacznego zagłębienia po stronie lewéj, któreto zniekształtnienie uwidocznia dokładniéj ruchy oddechowe, niż to ma miejsce w stanie prawidłowym. Wyniosłość ta usadowiona poza mięśniem prostym prawym jest liniją białą ściśle odgraniczona od strony lewéj; podczas wstrzymania ruchów oddechowych każdy skurcz serca sprawia lekkie podniesienie się guza. Palpacyja stwierdza znaczniejsze rozmieszczenie obrzęku osobliwie ku stronie lewéj i ku górze. Obrzęk ten jest twardym, niechełboczącym, nawskróś jednakowego utkania. Przy wypukiwaniu powierzchownėm odgłos wypukowy jest zupełnie stłumionym, przy głębszém przytłumionym. Stłumienie od śledziony pochodzące w miejscu prawidłowém. Auskultacyją stwierdzić można w narządzie oddechowym nieznaczne tarcie opłucnowe po stronie lewéj pod sutkiem w linii sutkowéj. Rozchodzi się o wyjaśnienie pytania, gdzie jest punkt wyjścia owego rozpoznanego obrzęku? Jaką jest jego przyroda? Na pierwszy rzut oka wydawałoby się prawdopodobném przypuszczenie, że lewy płat wątroby jest owym obrzękiem zajęty. Ale palpacyja wykazała granice wątroby jako prawidłowe. Różnica w odgłosie przy wypuku powierzchownym i głębszym naprowadzała na myśl zajęcia obrzękiem części przewodu pokarmowego osobliwie zaś żołądka. Objawy jednak na początku choroby przez chorego obserwowane nie uprawniały do tego rozpoznania; ale gdy 5 stycznia b. r. wystąpiły wymioty krwawe, gdy zaczęły się pojawiać bryły krwawe w odchodach stolcowych i wymioty spożywanych pokarmów stawały się odtąd coraz częstszemi, rozpoznanie powyższe nie było już wątpliwém. Opóźnienie to najważniejszych objawów rozpoznawczych można tłumaczyć w dwojaki sposób: albo usadowieniem nowotworu w ścianach samych żołądka i rozrostem wzdłuż tychże i ku zakrzywieniu większemu, albo téż pierwotną siedzibą nowotworu w narządzie sąsiednim, prawdopodobnie w trzustce, z następowém zajęciem ścian żołądka. Nasuwają się jednak znowu dwa pytania, czy obecnie są objawy przemawiające za siedzibą nowotworu w gruczole trzustkowym i czy tenże pierwotnie był zajętym. Należało więc zbadać z kolei gdzie jest właściwa siedziba nowotworu obecnie i w jaki sposób rozszerzył się ten nowotwór. W rozpoznaniu raka trzustki J. opierał się na trojakich objawach: obecności cukru w moczu, tłuszczu w odchodach i na charakterystycznéj pigmentacyi skóry. Co do pytania, czy rak powstał pierwotnie w trzustce a następowo zajął żołądek, to za tém dosadnie przemawia opóźnienie objawów żołądkowych. Objawy te nie są jednak koniecznemi, gdyż znanemi są postacie raka żołądka (osobliwie płaskie), niedające żadnych objawów żołądkowych.

Drugą okolicznością przemawiającą do pewnego stopnia za siedzibą pierwotną w trzustce jest silna żółtaczka, która wystąpiła już w początku choroby i utrzymywała się w tym stopniu przez 2 miesiące; za przypuszczeniem siedziby pierwotnéj w trzustce przemawia także ustąpienie następowe żółtaczki. Inne obserwacyje raka trzustki wykazują, że są znanemi przypadki bez żółtaczki, gdzie nie ma żadnego połączenia obrzęku trzustki z przewodami żółciowemi; również znaną jest znaczniejsza liczba przypadków, w których chorobie towarzyszyła żółtaczka z powodu ucisku guza na przewody żółciowe i w których objaw ten pozostał aż do śmierci. Dziesięć obserwacyj raka trzustki, ogłoszonych między rokiem 1876 a 1881, okazuje, że żółtaczka towarzyszyła chorobie w każdym z nich aż do śmierci. Wyżéj opisany przypadek stanowi więc pod tym względem wyjątek. *(Gazette des Hôpitaux* 7 lutego 1885). *Dr. R. Barącz.*

[1]) Ja sam miałem sposobność obserwowania podobnego przypadku w r. 1877 w klinice prof. Korczyńskiego u chorego z rozpoznaniem klinicznėm *Nephritis interstitial. chron.*, u którego za życia nie było żadnych objawów raka, gdzie dopiero nekroskopija 2 guzy rakowate w żołądku stwierdziła. *Przyp. Sprawozd.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 8 kwietnia 1885 r. Przewodniczący kol. wiceprezes Wiszniewski. Członków obecnych 18.

1) Kol. Prus mówi „o zachowaniu się tkanki mózgowéj pod wpływem ogniska śródczaszkowego“, popierając wykład odpowiedniemi preparatami. (Rzecz ta będzie ogłoszona w Przeglądzie Lek.).

W dyskusyi uważa kol. J. Rosner za rzecz naturalną, że po włożeniu kawałka blaszkownicy do jamy czaszkowéj nie zmienia się parcie w żyle szyjnéj, mierzone za pomocą manometru, gdyż z jednéj strony zmiany te są nie znacznego stopnia z powodu maleńkości ogniska śródczaszkowego, a z drugiéj strony manometr niestanowi tak delikatnego przyrządu, aby można było te nie znaczne zmiany ocenić przy jego pomocy. W odpowiedzi uwydatnia kol. Prus przedewszystkiém, że przy skreślonych doświadczeniach nie rozchodziło się o wykazanie zmian w krążeniu li tylko w ugniecionym obszarze mózgu, lecz w całym tym organie. Celem bowiem wspomnianych doświadczeń było udowodnienie, iż ciecz mózgordzeniowa nie ma w ogólności żadnego wpływu na ogólne krążenie krwi w mózgu, ani w stosunkach fizyjologicznych, ani téż patologicznych, wbrew twierdzeniu dawnéj nauki, która utrzymuje, że ciecz mózgordzeniowa skutkiem zmian swego hydrostatycznego parcia wpływa na całe krążenie w mózgu. Daléj nadmienia, że sztuczne zmniejszenie pojemności jamy czaszkowéj było nieraz stosunkowo bardzo znaczne; objętość bowiem blaszkownicy miała się do objętości mózgu króliczego jak 1 : 6, a nawet czasem jak 1 : 4. Gdyby więc ogólne krążenie krwi w mózgu zmieniło się przy tych doświadczeniach, to niechybnie zmiany te mogły być snadnie odczytane na manometrze sodowym. Że manometr jest dostatecznie czułym przyrządem, wskazują doświadczenia samego Bergmanna, który przy zastosowaniu metody Leydena otrzymywał obniżenie parcia w żyłach. Ta właśnie okoliczność służyła mu również za niezbity dowód, że ognisko śródczaszkowe nie inaczéj działa, jak tylko sprowadzając ogólną niedokrewność mózgu. Mając jednak na pamięci, że metoda leydenowska nie uciskała mózgu, lecz go drażniła, możemy sobie łatwo wytłumaczyć owe różnice, odnoszące się do zachowania parcia krwi w żyle szyjnéj.

Dr. Dobruchowski.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(Gr.) Niemieckie Stowarzyszenie ochrony zdrowia publicznego odbędzie w roku bieżącym doroczne XII zebranie w Fryburgu w Bryzgowii w dniach 15, 16 i 17 września. Na porządku dziennym są sprawy: 1) Zarządzenia wobec chorób zaraźliwych pomiędzy dziećmi w szkołach. (Sprawozdawcy: Radzca lekarski Dr. Arnsberg z Karlsruhe i dyr. gimnazyjum Dr. Fulda z Sangershausen). 2) O rozszerzaniu się miast zwłaszcza pod względem higijenicznym. (Sprawozdawcy: Starszy burmistrz Becker z Düsseldorfu, Radzca zdrowia Dr. Lent z Kolonii i budowniczy miejski Stübben z Kolonii). 3) Nieprzyjemności

z powodu dymu po miastach. (Sprawozdawcy: Radzca lekarski Dr. Flinzer z Chemnic i prof. Hermann Rietschel z Berlina).

* Z nastaniem wiosny cholera przypomina się znowu; tak donoszą o wybuchu jéj w Hiszpanii południowéj i w Suakim nad Morzem czerwoném.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 marca do 4 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46,1. Z płonicy umarło 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (4 z. t); z zapalenia płuc 12 (22 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 2 płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 22—28 marca umarło z ospy w Londynie 21, leczyło się w szpitalach 959, świeżo zapadło 210. Po 1 umarło w Pradze, Zurychu, Bernie, Brukseli, Manchester, Bukareszcie, Madrasie; po 2 w Petersburgu, Wenecyi i Aleksandryi; po 3 w Bazylei, Paryżu i Kalkucie; 4 w Rzymie; 5 w Odesie, 8 Warszawie, 20 w Wiedniu. Z duru osutkowego umarło w Londynie i San Francisco po 1, w Petersburgu 2. Odra jeszcze panuje w Liwerpolu i Stokholmie. Z cholery umarło w Kalkucie 30 (1—7 lutego), 45 w Bombayu (od 18—24 lutego), 5 w Madrasie (od 14—20 lutego).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,1; w Warszawie 32,9; w Wiedniu 32,8; w Pradze 30,9; w Berlinie 23,1; w Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 23,5; w Hamburgu 29,0; w Mnichowie 33,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 21,8; w Bazylei 21,9; w Brukseli 29,6; w Amsterdamie 28,4; w Hadze 25,1; w Paryżu 25,3; w Londynie 22,2; w Kopenhadze 21,4; w Stokholmie 27,9; w Chrystyjanii 24,0; w Petersburgu 33,9; w Odesie 37,7; w Rzymie 27,7; w Wenecyi 36,1; w Bukareszcie 25,2; w Aleksandryi 38,0; w Nowym Yorku 31,6; w Filadelfii 24,1; w Bombayu 32,6; w Madrasie 38,1. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 117.258 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W XI tygodniu od 8—14 marca r. b. zmarło osób 99, co odpowiada na rok i 1000 mieszk. 43·9. W tym czasie zmarło 11 osób z ospy, 2 z płonicy, 1 z duru brzusznego.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego kol. prof. Adamkiewicz okazał na licznych preparatach odkryte przez siebie ciałka nerwowe, objaśniając rzecz wyczerpującym wykładem. Poczém po załatwieniu spraw administracyjnych kol. Schramm omówił przypadek kolana koślawego, operowanego z dobrym skutkiem w klinice prof. Mikulicza przez osteotomiję Macevena. Wreszcie Dr. Jabłonowski w Bagdadzie jednogłośnie wybrany został członkiem koresp. Tow.

* Oprócz oddziału wodoleczniczego, który już od pół roku istnieje przy łazienkach górnych, urządził Dr. Piasecki przy ulicy Sławkowskiéj l. 31 salon dla gimnastyki leczniczéj, tudzież ogródek dla gimnastyki higijenicznéj, który z czasem w miarę udziału zamyśla uzupełnić oddziałem dla mięsienia i ortopedyi.

* Dr. H. Ebers ustanowiony został reskryptem Ministerstwa rolnictwa lekarskim kierownikiem nowo wybudowanego Zakładu hydropatycznego w c. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy.

* Z powodu jubileuszu swego doktorskiego prof. Hyrtl darował 2000 złr. na rzecz kolegijum doktorskiego w Wiedniu a sumę 30,000 złr. przeznaczył na cele dobroczynne w miejscu zamieszkania swego Perchtolsdorf.

Zmarły w Bernie morawskiém Dr. Linhart przeznaczył w testamencie sumę 180,000 złr. na stypendyja dla uczniów medycyny i prawa z Berna pochodzących, a resztę majątku swego dla domu sierot w Bernie.

* We Włoszech zamknięto na jakiś czas aż 12 Uniwersytetów, a to z powodu rozruchów studenckich. Początkowém siedliskiem tych rozruchów była Padwa, a przyczyną ich osoba prof. anatomii patologicznéj Brunetti. Anatom ten, podobno przeceniający ogromnie swoje zasługi, miał zrazu jakieś zajście z prof. histologii patolog. Cacciolą, w skutek czego senat wyznaczył komisyję, mającą ocenić po czyjéj stronie słuszność. Gdy zdanie komisyi wypadło na niekorzyść Brunettego, ostatni napastował kilkakrotnie na miejscu publiczném referenta téj komisyi, prof. Tamassię i w skutek tego został aresztowanym. Studenci domagali się uwolnienia Brunettego, rząd jednak wolał zamknąć uniwersytet, niż okazać się słabym. Gdy za przykładem młodzieży padauńskiéj poszła i młodzież w innych Uniwersytetach, rząd polecił zamknięcie czasowe prawie wszystkich wszechnic włoskich. Tymczasem odbyła się w Padwie rozprawa publiczna przeciw Brunettemu, która trwała 4 dni i zakończyła się skazaniem go na miesiąc więzienia.

* **Berlin.** Prof. Senator kierować będzie zastępczo kliniką Frerichsa.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. Prosper Lucas, zasłużony autor dzieła p. t. *„de l'hérédité naturelle“*.—W Samborze zmarł Dr. Maksymowicz.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Szokalskiego: Osiowa nadczułość błony siatkowéj; Jaworskiego: Studyja kliniczne nad wpływem wody karlsbadzkiéj (c. d.); Minkiewicza: Choroby dróg oddechowych (dok.). — W *Medycynie* Nr. 16: Obalińskiego: Szkice hernijologiczne; Blumenstoka: Zbrodnia czy obłąkanie (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

J. F. ZIEMIACKIEGO: Sluczai izlieczennago trawmaticzaskago stolbniaka. (Odbitka z „Medicinskoe Obozrienie“ 1885) in 8vo str. 7.

Tegoż: Sluczai rozrywa moczewago puzysia w sliedstwie uszyba promeżnosti. (Odbitka z „Wracza“ 1885) in 8vo str. 8.

Dr. KWASNIČKA: Prospekt o klimatickém a žinčičném léčebném místě Rožnově Vol. Mazeriči 1883. in 12o str. 16.

Dr. B. WICHERKIEWICZ: Siódme Sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za rok 1884. Poznań 1885, in 8vo str. 44.

Congrès médical international. Neuvième session qui doit se tenir à Washington 1887. Regles et organisation préliminaire. Washington 1885, in 12mo str. 31.

Toż samo po niemiecku.

Dr. Kl. DĘBICKI: Iwonicz w r. 1884. Lwów 1885, in 8vo str. 58.

Dr. LAUCHER: Die Kronenquelle zu Obersalzbrunn in Schlesien 1885, in 8vo str. 30.

T. INOUYE (w Tokio, w Japonii): Privataugenklinik. Bericht über das Jahr 1884, in 8vo str. 12.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla wszystkich prenumeratorów: „Opis statystyczno-lekarski Zakładu zdrojowego w Krynicy,“— oraz list Dra Zygmunta Riegera.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 134D

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 6 marca rb. l. 11622, rozpisuje się konkurs na posady dwóch asystentów lekarskich przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Asystenta lekarskiego przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Dra medycyny lub wszech nauk lekarskich uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do końca miesiąca Kwietnia rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 13 Marca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

Dr. Głowacki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.